

маргінальної частини ясен, ясенний край валикоподібно стовщений. Відмічається відкладення м'яких зубних нашарувань на зубах. Гігієнічний індекс за Грін-Вермілліоном – 1,5 балів (задовільна гігієна порожнини рота). Проба Шиллера-Писарева позитивна, папілярно-маргінально-альвеолярний (РМА) індекс Parma – 40% (середній ступінь тяжкості гінгівіту).

Прикус ортогнатичний, аномалій прикріплення м'яких тканин порожнини рота не виявлено. В результаті проведеного лікування на 2-3 добу у пацієнта зменшилась кровоточивість ясен та вираженість ознак запалення ясеневого краю, зникли явища дискомфорту в яснах. Об'єктивно: ясна блідо-рожевого кольору, щільно охоплюють шийки зубів. Гігієнічний індекс за Грін-Вермілліоном – 0,5 балів (добра гігієна порожнини рота). Проба Шиллера-Писарева негативна, папілярно-маргінально-альвеолярний (РМА) індекс Parma – 0%.

Отримані дані свідчать про позитивну динаміку змін клінічних показників після застосування запропонованого способу на 5-7 добу лікування. Враховуючи загальносоматичний статус дитини (патологія ЛОР-органів), застосування препарату «Вокара» справило позитивний терапевтичний ефект і на основне захворювання.

Висновки. Запропонований спосіб відображає клінічну ефективність лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей із захворюваннями ЛОР-органів, що підтверджується зниженням показників інтенсивності ураження тканин пародонту та може бути рекомендований для практичного використання.

Ключові слова: діти, ясна, гінгівіт, захворювання ЛОР органів.



ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕЛЕКТРООДОНТОДІАГНОСТИКИ ДО ТА ПІСЛЯ ПРОТЕЗУВАННЯ МЕТАЛОКЕРАМІЧНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ПРИ ПАТОЛОГІЧНІЙ СТЕРТОСТІ

Малюченко М.М., Зубченко С.Г.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

Вступ. Протягом життя у людини відбуваються процеси фізіологічного стирання, не дивлячись на високу міцність емалі.

Стирання зубів – це складний комплекс змін, які можуть швидко прогресувати за певних умов, котра перетворюється у патологічний стан.

Патологічна стертість обумовлена зменшенням нижньої третини обличчя, змінами співвідношення зубних рядів та елементів скронево – нижньощелепного суглоба, травмуванням слизової оболонки порожнини рота.

Актуальність. Ортопедичне лікування при підвищеній стертості зубів завжди залишається актуальним питанням.

Мета роботи - обґрунтування лікування хворих із патологічною стертістю зубів металокерамічними конструкціями.

Для досягнення мети необхідно було вирішити такі завдання:

1. Вивчити морфологічний стан твердих тканин.
2. Розробити морфофункціональну класифікацію патологічної стертості твердих тканин зубів.
3. Провести дослідження електрозбудливості пульпи зубів із патологічною стертістю.

Матеріали та методи: зуби з патологічною стертістю зубів та судинне русло пародонту.

Морфофункціональні характеристики шліфів зубів, характер функціональних порушень та процеси адаптації до металокерамічних протезів, які виникають при патологічній стертості зубів у тканинах пародонту.

Клінічне та функціональне (електроодонтодіагностика) обстеження пацієнтів із патологічною стертістю у процесі адаптації до металокерамічних протезів.

Для виконання поставлених завдань було оглянуто 100 пацієнтів із патологічною стертістю, віком понад 40 років, серед яких виявлена патологічна стертість твердих тканин зубів у 84 пацієнтів, що складає 84% від загальної кількості обстежених.

З них 16 осіб з інтактними зубними рядами (контрольна група). Інші пацієнти із патологічною стертістю твердих тканин різців, іклів верхньої та нижньої щелеп горизонтальної форми різного ступеня тяжкості розподілені за віком на три групи:

38 осіб, віком від 40 до 49 років, із патологічною стертістю твердих тканин - (I група);

24 особи, віком від 50 до 59 років, із патологічною стертістю твердих тканин - (II група);

22 особи, віком від 60 до 69 років, із патологічною стертістю твердих тканин - (III група).

Нами досліджені опорні зуби пацієнтів до протезування та через тиждень після протезування металокерамічними конструкціями.

Результати. Отримані результати дослідження ЕОД свідчать, про різке зниження показників у різних дослідницьких групах: у контрольній групі показники ЕОД - на верхній щелепі коливались від 2 до 3 мкА, на нижній щелепі - від 3 до 4 мкА.

Різниця між контрольною групою і першою групою сягає на верхній щелепі приблизно 5 мкА (7-8 мкА), а нижній щелепі приблизно 7 мкА (10-11 мкА).

Між контрольною і другою групою – на верхній щелепі від 5 мкА до 6 мкА (7-9 мкА), а на нижній щелепі від 4 мкА до 6,5 мкА (14-17,5 мкА).

Між контрольною і третьою групою – на верхній щелепі від 7 мкА до 9 мкА (9-11 мкА), а на нижній щелепі від 6,5 мкА до 8,5 мкА (9,5-12,5 мкА).

Через тиждень показники ЕОД змінилися, у першій групі коливались: на верхній щелепі від 4 до 6 мкА, на нижній щелепі- від 5 до 7 мкА; у другій групі показники становлять на верхній щелепі від 5 до 7 мкА, а на нижній щелепі від 6 до 8 мкА; у третій групі коливались: на верхній щелепі від 6 до 8 мкА і на нижній щелепі від 7 до 9 мкА.

Висновки. За результатами дослідження ми можемо зробити висновки, щодо протезування, показники ЕОД були вище ніж через тиждень після протезування металокерамічними протезами, навіть показники ЕОД прийшли до норми.

Ключові слова: патологічна стертість, електроодонтодіагностика, шліфи, пародонт, дентин.



НЕОБХІДНІСТЬ ГЕРМЕТИЗАЦІЇ ДЕНТИНУ ПРИ ПРОВЕДЕНІ НЕПРЯМИХ РЕСТАВРАЦІЙ

Малюченко Т.П., Зубченко Ю.П.

Фаховий медико-фармацевтичний коледж Полтавського державного медичного університету, м. Полтава

Вступ. В ортопедичній стоматології після препарування зубів можуть виникати ускладнення у вигляді пульпітів або підвищеної чутливості. Це явище може виникати у результаті відкриття дентинних каналців та потрапляння в них мікробіому й хімічних подразників.

Актуальність. На теперішній час залишається актуальним питання негайної герметизації дентину під час препарування зубів для незнімного протезування. (IDS) являє собою новий підхід в області непрямих реставрацій. Покриття дентину здійснюється негайно після етапу препарування зуба до процедури зняття відбитка. Невідомо, чи можна як і раніше досягти ефективного зв'язку між дентином, покритим шаром адгезивної смоли, і реставрацією після від 2-х до 4-х місяців з моменту фіксації провізорних конструкцій.

Мета роботи полягала у визначенні різниці в силі адгезії постійних Е-тах конструкцій з дентином зуба при використанні методики DDS (відстроченої герметизації дентину) і IDS, виходячи з часового проміжку з моменту